

Por el Doctor
RICARDO ERCOLE

TUMORES DE LA PELVIS RENAL. A propósito de 6 observaciones personales

DENTRO del variado grupo de los tumores del riñón y de sus vías excretoras, los tumores de la pelvis renal tienen características por lo que se refiere a su constitución anatómica y a su evolución clínica que justifican plenamente el que se les dedique un capítulo especial en patología renal. Si bien es cierto que estos tumores han sido independizados del resto de los tumores del riñón desde que Rayer en el año 1852, en su famoso tratado de patología renal relató dos observaciones, es recién en nuestro siglo y sobre todo en estos últimos años, gracias a lo que han representado para el diagnóstico los perfeccionamientos técnicos en nuestra especialidad, derivados fundamentalmente del examen endoscópico y de la exploración radiográfica, que estos tumores han dejado de ser una rareza clínica. El urólogo está en condiciones en el momento actual de llegar al diagnóstico de certeza por lo que se refiere a la localización del tumor y puede en no pocos casos hasta establecer su naturaleza histopatológica.

Los tumores de la pelvis renal son relativamente poco frecuentes y en este sentido cabe recordar que Albarran e Imbert en el año 1906 habían podido reunir en total 65 observaciones de la bibliografía mundial, de los cuales tan solo 5 fueron estudiados personalmente por dichos autores: Mock en 1912 reúne 95 observaciones; Thomas y Regnier habían reunido hasta el año 1922, 253 casos y finalmente Swift Joly en su relato al V Congreso de la Sociedad Internacional de Urología en 1933 relatan 337 observaciones de la bibliografía mundial.

Si hacemos un estudio comparativo con los tumores del parénquima es posible establecer cuánto más rara es la localización en las vías excretoras. Así de los 588 tumores recopilados por Albarran

e Imbert tan sólo 65 localizan en la pelvis renal. Sobre 318 nefrectomías por tumores del riñón efectuadas en la Mayo Clinic, 23 corresponden a tumores de la pelvis (Hunt). De acuerdo con Cabot y Allen esta relación entre tumores del parénquima y de las vías excretoras sería del 11:1. Por nuestra parte hemos estudiado hasta la fecha 31 tumores del riñón de los cuales 6 corresponden a la pelvis renal, lo que nos da una proporción por cierto superior a las estadísticas anteriormente mencionadas.

En nuestro país el número de observaciones de tumores de la pelvis renal es relativamente escaso, pudiendo mencionar, entre otras, las observaciones relatadas por Salleras; Lagleyze, Montenegro y Quintana; Serantes, Monserrat y García; Castaño; Salleras y Falsía; García y Monserrat; Von Lichtenberg y Salleras; Dante y Trabucco; Vilar; Arrues y Bianchi; Surra Canard y Jaravlosky. Nos ha parecido interesante contribuir con nuestra experiencia de 6 observaciones a la casuística nacional y aprovechar la oportunidad para destacar algunos aspectos interesantes en la evolución clínica de estos tumores.

OBSERVACIONES PERSONALES

Obs. N° 1. — Irinea de C., 56 años, casada. Ingresa al Servicio del Prof. Artemio Zeno el 5 de marzo de 1931.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace alrededor de un año tuvo un fuerte dolor difuso en todo su abdomen, seguido de una hematuria abundante, con coágulos. Desde entonces sus hematurias se han repetido periódicamente cada 15 ó 30 días. Manifiesta haber disminuido varios kilos de peso.

Estado actual. — Enferma bien constituida, de regular panículo adiposo. Examen general, negativo.

Riñones: Derecho se palpa su polo inferior, móvil, indoloro. Izquierdo: no se palpa. No hay puntos dolorosos. Cistoscopia: buena capacidad, mucosa de aspecto normal. Cateterismo de uréteres. Separación de orinas: riñón derecho: úrea 11.17 gr por mil. Sedimento: regular número de cristales de uratos. Riñón izquierdo: úrea 8.68 gr. por mil. Sedimento: algunos hematíes y regular número de glóbulos de pus. Urea en suero: 0.36 gr. por mil. Constante de Ambard: 0.146. Orina: nada de particular.

Exploración radiográfica. — Pielografía ascendente: del lado derecho: cavidades renales de aspecto normal. Del lado izquierdo: falta completa de relleno de los cálices superiores y falta parcial de relleno del reborde superior de la pelvis renal.

Operación. — Eter narcosis. Incisión de Ekehorn. Riñón de tamaño y consistencia normales. No hay perinefritis. Por la palpación no es posible determinar la existencia de la tumoración. Se palpa la pelvis, que es pequeña, sin estar infiltrada. Nefrectomía. Ligadura independiente del pedículo y del uréter lo más abajo posible. Cierre por planos dejando un tubo de drenaje.

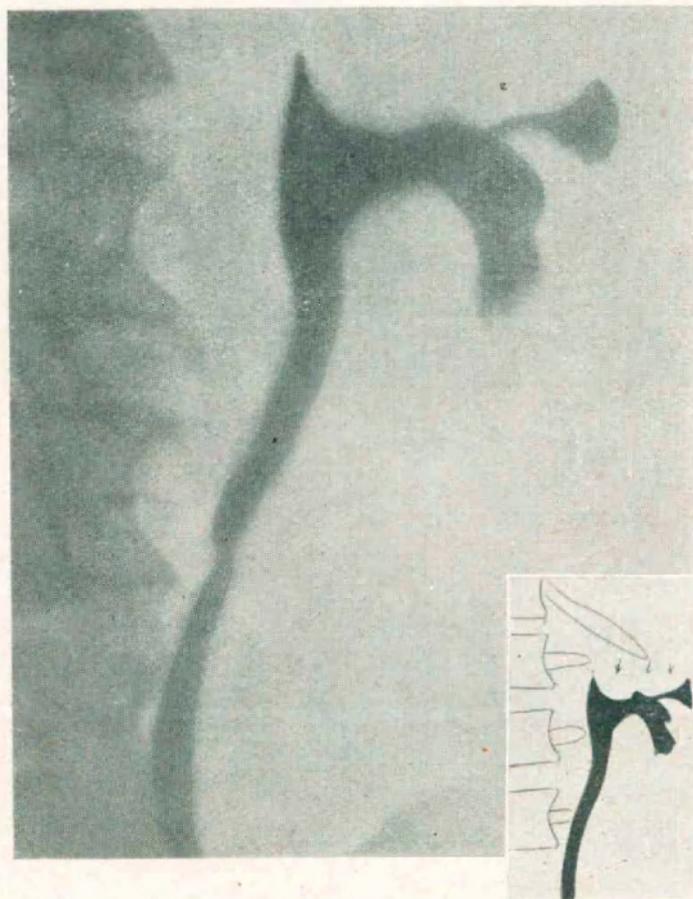


Fig. 1. — Observación Nº 1. Pielografía por relleno: falta de relleno de los cálices superiores y falta parcial de relleno de la pelvis renal.

Post-operatorio. — Sin particularidades, salvo un ascenso febril a los 15 días de la intervención que desaparece con tratamiento sintomático.

Examen de la pieza operatoria. — (Prof. Cid).

Descripción macroscópica. — Riñón de aspecto normal. Al corte longitudinal el parénquima no presenta nada de particular. La pelvis está ocupada por un pequeño tumor poliposo del tamaño de una avellana. El caliz superior está ampliamente ocupado por un tumor vellosos.

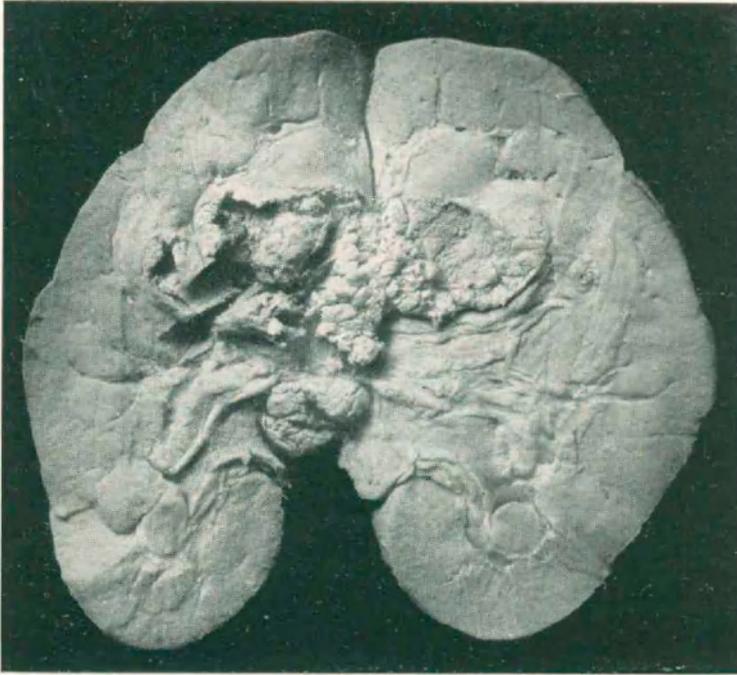


Fig. 2. — Observación N° 1. Corte sagital del riñón. La pelvis y los cálices superiores están ocupados por una tumoración de tipo papilar.

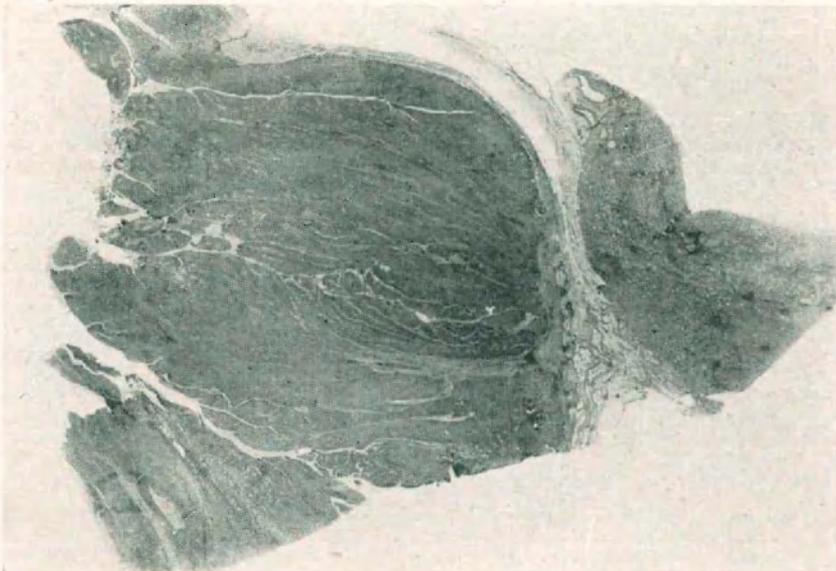


Fig. 3. — Observación N° 1. Corte del tumor a pequeño aumento donde se vé su implantación en la pelvis y su estructura papilar. Ausencia de infiltración en la base.

Descripción microscópica. — Al corte de un trozo del tumor del cáliz se comprueba tratarse de un papiloma constituido como es de regla por vellosi-

dades formadas por un eje conjuntivo y un revestimiento epitelial estratificado. En la zona de implantación se comprueba ausencia de infiltración, apareciendo rechazado el parénquima renal.

En algunos sitios del papiloma se comprueban pequeños focos en que las células aparecen más grandes, los núcleos más coloreados, cierta desordenación de los elementos: en una palabra, focos de inminente degeneración epitelio-matosa.

Diagnóstico histopatológico. — Papiloma de la pelvis renal.

Obs. N° 2. — Elena S., 66 años, argentina, casada. Ingresa al Servicio del Prof. Cames, enviada por el Prof. Staffieri el 12 de febrero de 1938.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace dos años y medio sufrió una violenta crisis dolorosa, que iniciada en la fosa lumbar izquierda, se propagaba hacia abajo en dirección a los labios mayores, acompañada de polaquiuria y tenesmo vesical. Desde hace dos meses padece de dolores muy intensos en ambas fosas lumbares con propagación hacia el vientre en forma de cinturón. El apetito desde entonces está casi abolido. Ha rebajado alrededor de 10 kilos de peso y se nota muy pálida y decaída. No ha presentado alteraciones en su orina.

Estado actual. — Enferma bien constituida, de muy escaso panículo adiposo. El examen general no revela nada de particular. Tensión arterial Mx. 11 cms. y Mn. 6 cms. Abdomen: del lado izquierdo, a la altura del hipocondrio se palpa una tumoración del tamaño de un huevo de avestruz, de superficie algo irregular, móvil, dolorosa, que tiene contacto lumbar y que pelotea.

Examen de sangre: Glóbulos rojos 4.000.000. Hemoglobina 95 por ciento. Glóbulos blancos 8.600. Urea en suero: 0.18 gr. por mil. Orina: Albúmina y glucosa no contiene. Densidad 1.007. Cateterismo de uréteres y separación de orinas: riñón derecho: úrea 13.03 por mil: no hay pus. Riñón izquierdo: no se obtiene orina.

Exploración radiográfica. — Pielografía endovenosa: no se visualiza el riñón izquierdo. Cavidades renales derechas de aspecto normal.

Pielografía ascendente: lado izquierdo: El líquido refluye totalmente a la vejiga no dibujándose las cavidades del riñón.

Operación. — 19 de febrero de 1938. Eter narcosis. Incisión de Ekehorn. Al exteriorizar el riñón se desgarró el pedículo, por lo que se termina rápidamente la extirpación del riñón seccionando el uréter sin ligarlo y haciendo taponaje de la loge. Se esperan 10 minutos y se retiran las gasas, comprobándose que no hay hemorragia. Hay imposibilidad de colocar ligaduras en los vasos que están englobados en un ganglio metastásico, imposible de reseca ya que engloba los grandes vasos sobre la línea media. Por este motivo se dejan 4 gasas que taponan la loge. Cierre parcial de la herida.

Post - operatorio. — Inmediatamente después de la intervención, colapso periférico. Tónicos cardíacos y suero fisiológico. Mejora parcialmente para decaer nuevamente y fallecer en colapso al tercer día de la intervención.

Descripción de la pieza operatoria. — (Prof. Cid).

Descripción macroscópica. — El tamaño del órgano ligeramente agrandado. En el tercio superior la cápsula presenta una sobrecarga adiposa notable, adherente. Los elementos del hileo están englobados en una masa común que procede del interior del órgano.

Se hace un corte longitudinal que revela: que la mitad superior del riñón

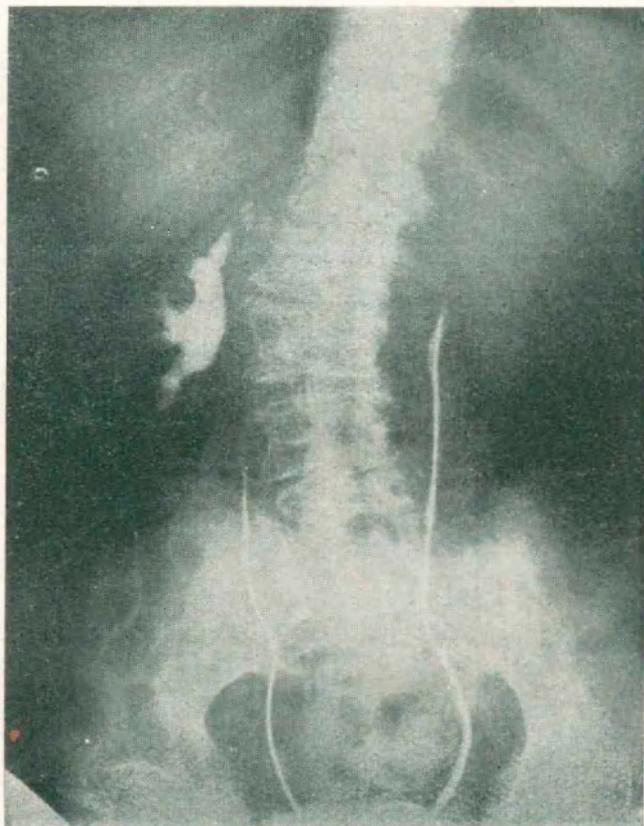


Fig. 4. — Observación N° 2. Pielografía por relleno: del lado izquierdo el líquido de contraste no penetra en las cavidades del riñón y refluye a la vejiga.

está muy desfigurada, siendo difícil discernir los elementos anatómicos de la misma. Se encuentra una masa continua, de bordes imprecisos que se extiende desde el extremo polo hasta la mitad del riñón y continuándose con la masa del hileo. En el espesor de este tejido hay zonas necróticas y parcialmente reblandecidas. El resto del tejido es denso, compacto, descubriéndose algunos puntos blanquecinos. Los cálices de la mitad inferior están dilatados y el parénquima correspondiente conserva su estructura normal. La mucosa del cáliz más próxima a la neoplasia, está engrosada irregularmente, de aspecto más blanquecino que lo normal.

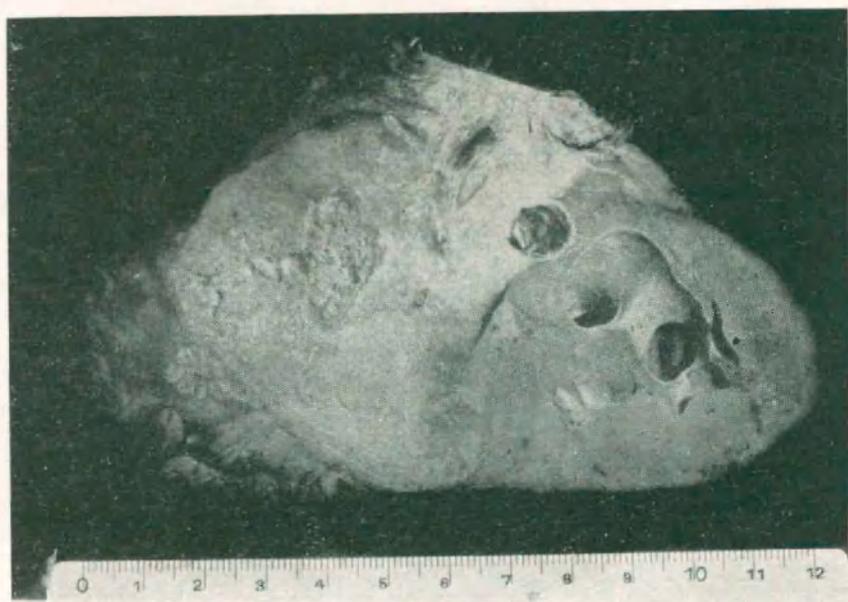


Fig. 5. — Observación N° 2. Corte sagital de la pieza operatoria que demuestra una tumoración sólida correspondiente al polo superior y tercio medio del riñón.

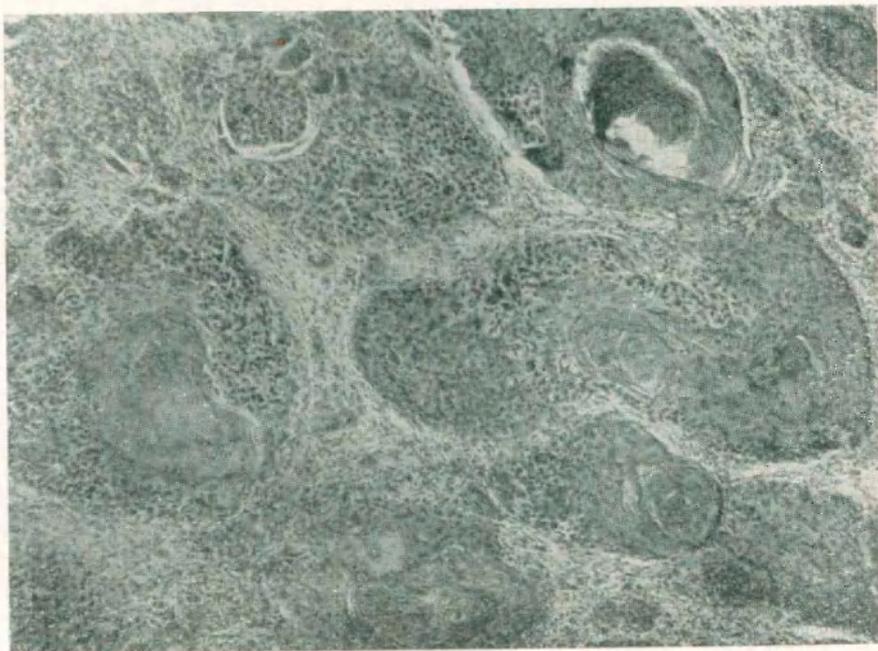


Fig. 6. — Observación N° 2. Microfotografía: epiteloma pavimentoso con globos córneos.

Descripción microscópica. — Epitelioma espino-celular a evolución córnea. Se ven los lóbulos neoplásicos de bordes precisos, rodeados de un tejido conjuntivo con intensa reacción inflamatoria. La parte central de los lóbulos sufre la

clásica transformación madurativa córnea y paraqueratósica. El parénquima renal está difusamente infiltrado por el epiteloma.

Obs. N° 3. — Francisco H., 46 años, argentino, soltero. Ingresa a nuestra clínica privada el 16 de marzo de 1938.

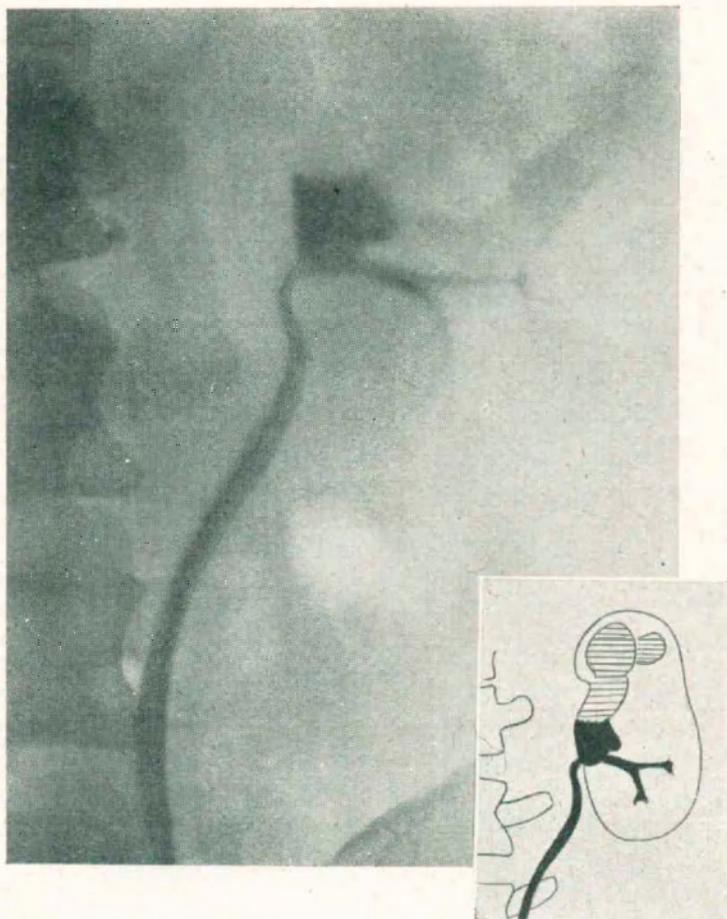


Fig. 7. — Observación N° 3. Pielografía por relleno: falta de relleno de los cálices superiores, y medios y falta parcial de relleno de la pelvis.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde hace 3 años tiene intermitentemente cada 15 días a un mes, una hematuria total, espontánea, que no relaciona con el movimiento y que le suele durar de 1 a 2 días. Ultimamente se queja de polaquiuria diurna (a veces cada 20 minutos) y nocturna (1 a 2 veces); dificultad en la micción y chorro corto. No ha bajado de peso.

Estado actual. — Bien constituido, de escaso panículo adiposo. Riñones no se palpan. Uretra de buen calibre. No hay residuo vesical. Próstata con

sus caracteres normales. Cistoscopia: buena capacidad. Correspondiendo a la zona de implantación del orificio ureteral y ocultándolo hay un tumor de tipo papilar y que se calcula del tamaño de una nuez. La mucosa no está infiltrada.



Fig. 8. — Observación N° 3. Corte sagital del riñón que demuestra la tumoración ocupando la pelvis y un cáliz superior dilatado.

Orificio ureteral derecho con sus caracteres normales. El resto de la vejiga sin particularidades. Examen de orina: albúmina: vestigios. Glucosa no. Acetona

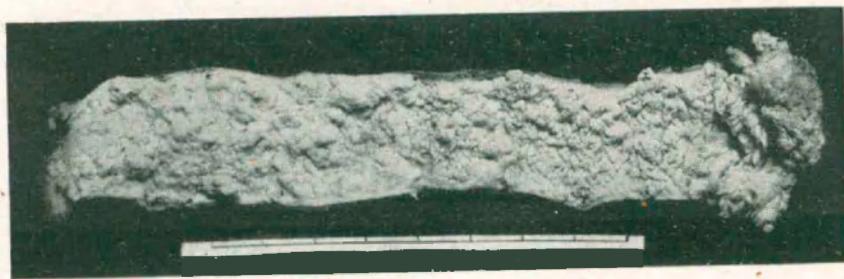


Fig. 9. — Observación N° 3. Fotografía del uréter abierto longitudinalmente, poniendo de relieve una papilomatosis difusa en toda su extensión.

no. Sedimento: bastantes glóbulos de pus y hematíes. Urea en suero: 0.56 gr. por mil. Constante de Ambard: 0.152.

Exploración radiográfica. — Pielografía endovenosa: cavidades renales del lado derecho con sus caracteres normales. Del lado izquierdo no hay eliminación del líquido de contraste.

Operación. — 24 de marzo de 1938. Anestesia raquídea. Incisión mediana supra-pubiana. Abierta la vejiga se constata que ocupando la zona de implan-

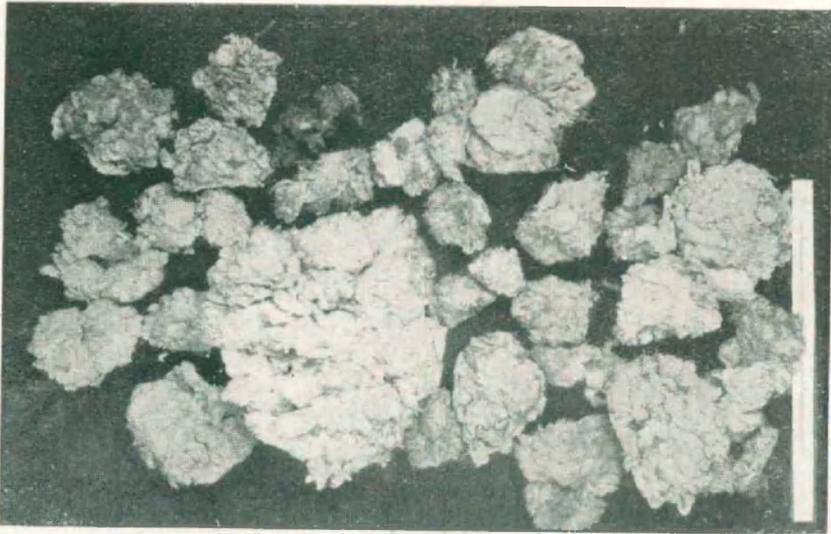


Fig. 10. — Observación N° 3. Fotografía de los papilomas extirpados de la vejiga.

tación del orificio ureteral hay un tumor vellosa, del tamaño de una nuez, que no infiltra la mucosa pero que engloba totalmente el orificio ureteral en toda

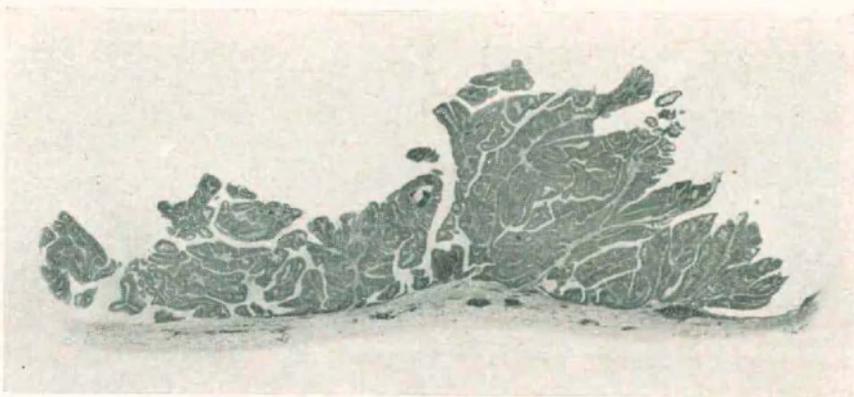


Fig. 11. — Observación N° 3. Microfotografía topográfica que demuestra la implantación del tumor papilomatoso en la pelvis, sin infiltración en la base.

su circunferencia. Por este motivo es necesario, para extirpar el pólipo, escindir circularmente el orificio ureteral, colocando para hemostasia una serie de puntos separados en corona. Se coloca una sonda número 14 en el

uréter izquierdo, introduciéndola 27 centímetros cuyo otro extremo se saca al través de la herida hipogástrica. Sonda de Pezzer. Sutura de la pared vesical en dos planos. Gasa en el espacio pre-vesical, lino a la piel.

Post - operatorio. - Normal. La sonda ureteral dreña bien orina. A través de la misma se hace pielografía ascendente (ver más adelante).

Prueba del indigo-carmín: del lado derecho la eliminación se inicia a los 5 minutos y adquiere en seguida su máxima intensidad. Del lado izquierdo se inicia la eliminación a los 13 minutos, de débil intensidad.

Se retira la sonda ureteral al 4º día. A los 24 días sonda uretral a permanencia, cerrándose la herida hipogástrica a los 6 días. El enfermo es dado de alta provisoriamente, pues debe reinternarse para ser intervenido de su riñón.

20 de junio de 1938: ha continuado bien hasta la fecha: no ha tenido hematurias.

Cistoscopia: Buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. El orificio ureteral izquierdo presenta un aspecto normal, sin ningún rastro de la intervención anterior. *Cromocistoscopia:* del lado derecho se inicia la eliminación a los 4 minutos; a los 4 ½ minutos máxima intensidad. Del lado izquierdo inicia la eliminación a los 5 minutos. A los 7 minutos intensidad creciente, pero siempre más débil que del lado derecho. Hay también retardo eyaculatorio. Urea en suero: 0.42 gr. por mil. Constante de Ambard: 0.105. Cateterismo de uréteres y pielografía ascendente.

Operación. - 23 de junio de 1938. Anestesia con ciclopropane. Incisión de Ekchorn. El riñón no está aumentado de tamaño, libre: se lo exterioriza con facilidad. Ligadura aislada de los elementos del pedículo. Ligadura del uréter a unos 15 cms. de la pelvis. Drenaje de celofán. Cierre habitual. Lino a la piel.

Examen de la pieza operatoria (que debemos a la gentileza del Prof. Cid).

Descripción macrosópica. - Riñón de forma y tamaño conservado. Se practica una sección longitudinal que revela la pelvis algo dilatada, ocupada en sus dos tercios superiores por vegetaciones friables implantadas en la pared, dejando un espacio permeable en el eje de la cavidad. Hacia arriba la pelvis se comunica por un paso estrechado con una cavidad existente en el polo superior y que mide unos 3 cms. de diámetro, sensiblemente esférica y como la pelvis, recubierta por vegetaciones que la llenan incompletamente. El parénquima restante del polo superior está marcadamente atrofiado por compresión. Otro cáliz superior vecino ha sido bloqueado por el proceso tumoral habiéndose producido su dilatación.

Descripción microscópica. - El estudio del tumor y de su implantación revela la estructura papilar típica en superficie. Es un epitelio pavimentoso estratificado de espesor bastante uniforme que no presenta atipias dignas de mención. En la base se ve que no existe infiltración, apareciendo en cambio rechazados y comprimidos los elementos del parénquima. La reacción del tejido se manifiesta por infiltraciones linfocitarias perivasculares.

Diagnóstico histo-patológico. - Papiloma en napa de la pelvis renal.

Post - operatorio. — Sin particularidades. — Buena cicatriz operatoria. El enfermo es dado de alta en observación, debiendo reingresar para resolver la intervención de su uréter. Sin embargo, no tenemos más noticias del paciente hasta el mes de septiembre de 1940 en que le escribimos solicitando que el enfermo se presente a la consulta para ser examinado.

10 de octubre de 1940. — El enfermo concurre al instituto. Dice que coincidiendo con nuestra carta, nota que sus orinas son en dos o tres oportunidades de tipo hematórico. Fuera de este hecho no ha notado ninguna cosa de anormal. El estado general se encuentra conservado.

Al examen del enfermo no encontramos, por lo que se refiere al estado general, nada de particular. Abdomen: plano, depresible e indoloro. No se palpa tumoración alguna. Riñón derecho no se palpa.

Uretra permeable. Próstata normal. Orinas muy discretamente hematóricas, buena capacidad vesical. Cistoscopia. Con gran sorpresa nos encontramos en la exploración endoscópica que la vejiga está prácticamente cubierta en su totalidad por un tumor de tipo papilar. Impresiona en realidad como una papilomatosis difusa.

Urografía por excreción: se visualizan las cavidades renales del lado derecho con su aspecto y conformación normal. El cistograma revela una vejiga irregular con faltas de relleno, de tipo tumoral.

Exámenes de laboratorio: orina: albúmina 1 gr. por mil. Glucosa no contiene. Sedimento: muy abundantes glóbulos de pus. Bastantes hematies.

Sangre: hemoglobina 89 por ciento. Glóbulos rojos 4.600.000. Glóbulos blancos: 5.800.

Constante de Ambard: Duirexis calculada en 24 horas 1627 c.c. Urea en orina 11 por mil. Urea en sueros: 0.60 por mil. Peso: 66 kilos. Constante: 0.165.

En esas condiciones se decide la intervención.

Operación. — 17 de octubre de 1940. Cirujano Dr. Ercole. Ayudante Dr. Fort.

Anestesia raquídea con 1 2 gr. de novocaína. Incisión mediana infraumbilical. Llevado al peritoneo se lo decola amoliamente para investigar el uréter izquierdo el que se encuentra del grosor uniforme de un dedo meñique. Se lo libera en toda su extensión y se lo extirpa resecando con una incisión losángica inclusive su porción intramural. Sección amolia de la vejiga, constatándose que está totalmente ocupada por gran cantidad de tumores de tipo papilar, todos pediculados. Con electrobisturí se resecan alrededor de 30 de estos pólipos cuyo volumen varía desde el de una avellana hasta el de una mandarina. Cierre parcial de la herida vesical. Sonda de Pezzer. Se deja una gasa de drenaje en la cara lateral de la vejiga a nivel del sitio de implantación del uréter y otra hacia arriba en la región lumbar. Cierre parcial de la aponeurosis con catgut crómico; lino a la piel.

Post - operatorio. — Sin particularidades. Buena cicatriz operatoria. A los 25 días de la intervención se hace una cistoscopia que revela que la mucosa

está roja, en algunos puntos no totalmente cicatrizada, pero que no se pone en evidencia signos de recidiva de la tumoración. Sin embargo no se considera prudente todavía el cierre de la vejiga y el enfermo es dado de alta con su cistostomía continuando hasta la fecha en observación.

Examen de la pieza operatoria: Todos los pólipos extraídos de la vejiga tienen el aspecto macroscópico de papilomas benignos. Pequeña base de implantación la que no está infiltrada. Abierto el uréter se constata que él presenta uniformemente un aspecto aterciopelado, estando toda la superficie mucosa sin ningún intervalo libre, cubierta de pequeñas papilomas que adquieren a nivel de la porción intramural un volumen ligeramente mayor. La pared ureteral no parece estar infiltrada.

Obs. N° 4. — Francisca de G., 54 años, argentina, casada. Ingresa al Servicio del Prof. Cames el 27 de julio del corriente año.

Antecedentes personales. — Ha tenido 12 hijos. Menarquia a los 15 años. Menopausia a los 47. No es constipada.

Enfermedad actual. — Hace 13 años tiene un dolor brusco que dice se localizó en la región lumbar y se acompañó de náuseas y luego de sangre en sus orinas. Hace 3 meses tiene un dolor intenso en el hemiabdomen derecho que se propagó, dice, a la parte superior del muslo y acompañó de hematurias. Este cuadro le duró 1 ó 2 días y se ha repetido 3 veces más hasta la fecha, la última vez hace 20 días. Ha observado, coincidiendo con este cuadro, la presencia de arenillas en sus orinas.

Estado actual. — Enferma bien constituida, con escaso pániculo adiposo. Examen general negativo. Tensión arterial Mx. 10. Mn. 6 cms. Abdomen: depresible, indoloro. Hígado se palpa por debajo del reborde costal.

Riñones: riñón izquierdo no se palpa. Riñón derecho: se lo palpa al parecer aumentado de tamaño y descendido, discretamente doloroso, superficie regular, poca movilidad.

Cistoscopia: buena capacidad. Mucosa de aspecto normal. Orificios ureterales bien implantados.

Examen genital negativo.

Exploración radiográfica. — Radiografía simple negativa. Urografía por excreción: cavidades renales del lado izquierdo con su conformación normal; del lado derecho no hay eliminación del líquido de contraste. Por este motivo se decide una pielografía por relleno. Se cateteriza el riñón izquierdo. La sonda ureteral penetra 15 cms. en el uréter. Se inyectan 10 c.c. del líquido de contraste y se observa: que el uréter se ha dibujado uniformemente hacia arriba hasta una extensión de 12 cms. de la vejiga después de lo cual el líquido de contraste se detiene bruscamente dibujándose un trayecto de unos 3 cm. que es filiforme, para luego dibujarse nuevamente el uréter en una extensión de unos 4 cms. muy dilatado. Finalmente el líquido de contraste se difunde en forma irregular como si infiltrara tejidos.

Exámenes de laboratorio: Orina: albúmina vestigios. Glucosa no contiene. Se observan regular cantidad de hematias y células epiteliales fusiformes.

Sangre: glóbulos rojos 4.000.000. Glóbulos blancos 4.500. Hemoglobina 60 por ciento. Tiempo de sangría 2 minutos y tiempo de coagulación 15.

Constante de Ambard: úrea en suero: 0.25 por mil. Urea en orina: 8.96 por mil. Débit: 8.50 gr. K.: 0.090.

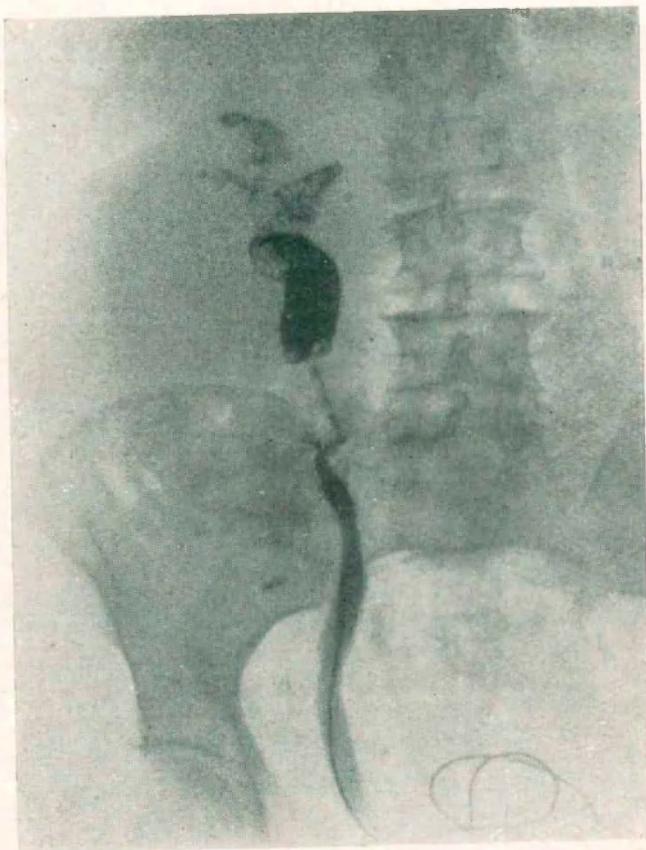


Fig. 12. — Observación N° 4. — Pielografía por relleno: no se han visualizado las cavidades del riñón. terminando el uréter en extremo afilado.

En estas condiciones y con el diagnóstico de tumor de pelvis renal con metástasis en uréter se decide la intervención.

Operación. — 13 de agosto de 1940. Cirujano, Dr. Ercole; Ayudante, Dr. Fort.

Anestesia con ciclopropane. Lumbotomía anatómica con resección de la XIIª costilla y sección parcial dorsal ancho. Riñón grande, con pelvis dilatada, muy fijo, la liberación del riñón es dificultosa por tener un pedículo corto y estar fijado además por el uréter engrosado e íntimamente adherido a los planos

vecinos. Para poder exteriorizar el riñón es necesario hacer previamente la ligadura del pedículo y recién liberar el uréter que está fijo en un magma fibroso. Recién a unos 10 cms. de la pelvis el uréter tiene tendencia a hacerse normal.

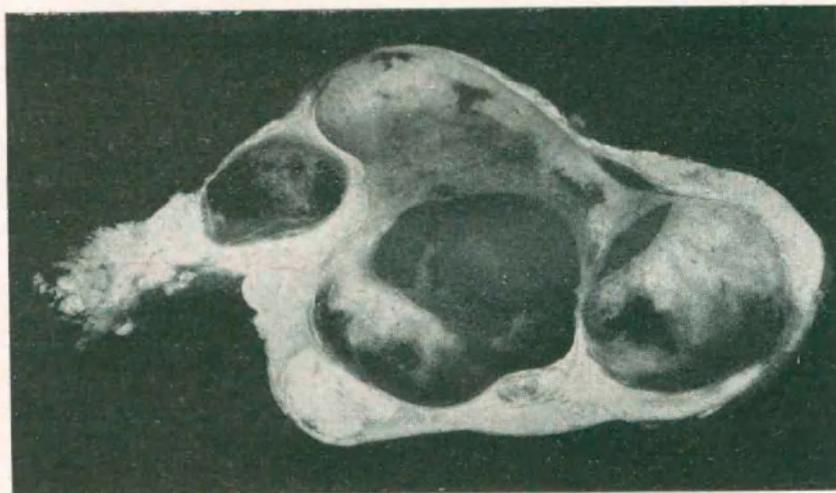


Fig. 13. — Observación N° 4. Corte sagital del riñón.

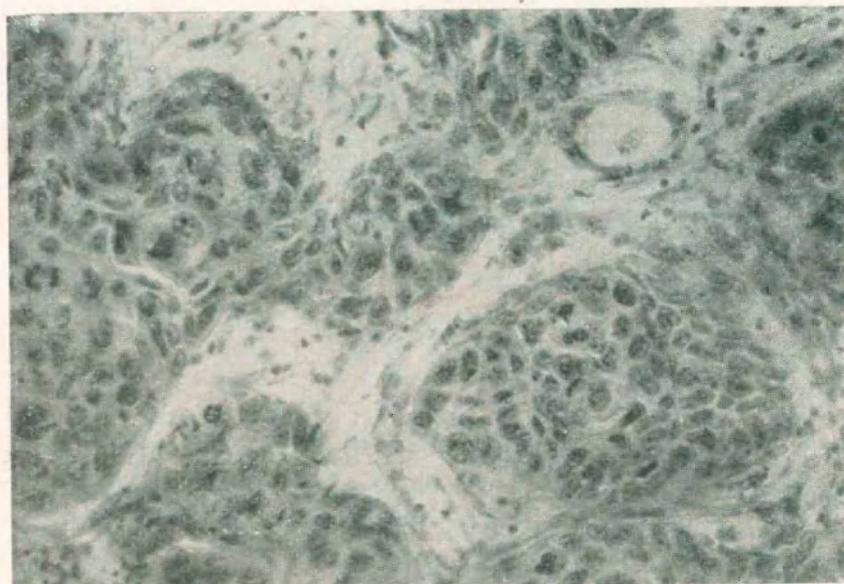


Fig. 14. — Observación N° 4. Corte del nódulo renal que demuestra la estructura de epiteloma lobulado de aspecto malpighiano.

Se lo liga en zona sana. En las maniobras de liberación del uréter se hace una apertura del peritoneo que está íntimamente adherido al mismo. apertura que se cierra con un punto en jareta. Cierre de la pared por planos con catgut; un tubo y dos gasas de drenaje. Lino a la piel.

Post - operatorio. — La enferma evoluciona sin temperatura. La herida drena abundante secreción los primeros días. El estado general se mantiene estacionario, no mejorando como era de esperarse después de la intervención. Extracto hepático inyectable. La enferma aqueja siempre dolores en su región lumbar con irradiación a la pierna. Dado el deficiente estado general de la paciente no se cree prudente reintervenirla para extirpar el resto del uréter siendo dada de alta en observación al mes de la intervención.

Examen de la pieza operatoria (gentileza del Prof. Cid). El riñón está aumentado de tamaño a expensas de su diámetro transversal por el agrandamiento de la pelvis. La configuración del órgano está moderadamente modificada, habiéndose borrado los labios del hileo por la distensión hidronefrótica. El uréter es del grosor de un dedo índice y sólido.

Al corte se constata la distensión de las cavidades con la correspondiente atrofia del parénquima. La cavidad está ocupada por un enorme coágulo hemático y el parénquima renal reducido a una lámina translúcida en algunos puntos, de varios mm. a un cm. en otros. En el polo inferior del riñón la pared mide casi 2 cms. de espesor debido a la presencia de un nódulo ovoide, de aspecto neoplásico. Hacia las cavidades renales este nódulo presenta una superficie hemorrágica. Por el lado de la cápsula renal infiltrada la corteza en forma regular. Este nódulo es blanquecino, compacto, sin accidentes secundarios. En el uréter, inmediatamente por debajo de la unión urétero-piélica existe el engrosamiento del uréter en una longitud de 4 cms. La luz ureteral es virtual. Este engrosamiento está constituido por un proceso de aspecto también tumoral, idéntico al nódulo anteriormente descrito.

Examen histológico. — El examen microscópico del nódulo y del uréter revelan la idéntica naturaleza del proceso. Se trata de un epiteloma pavimentoso, lobulado, de aspecto francamente paramalpighiano, pero en el que no se produce la evolución córnea. En su extremo límite interno está separado de las cavidades renales por una banda de tejido fibroso recubierta por coágulos. Esta membrana debe ser considerada de formación secundaria debido a la presión existente en las cavidades. Hacia la cápsula del órgano la infiltración va acompañada de gran reacción estromática de tipo inflamatorio.

Diagnóstico histopatológico. — Epiteloma pavimentoso de vías excretoras.

Creemos que en nuestro caso el tumor es primitivo de la pelvis renal y no del uréter, ya que es más lógico aceptar que el nódulo ureteral represente una metástasis del tumor primitivo de la pelvis que se ha hecho por vía linfática, a creer que el nódulo de la pelvis sea una metástasis del segundo por lo extraordinario que sería una recidiva del tumor con dicha localización hecha por vía sanguínea.

Obs. N° 5. — Juan G., 54 años, argentino, casado. Ingresó al instituto el 25 de agosto de 1939. Enfermo que debemos a la gentileza del Dr. Léporé.

Antecedentes personales. — Operado de hernia inguinal bilateral y

fistula de ano hace 30 años. No hay venéreas. Regular fumador. Buen bebedor de vinos y licores. No es constipado.

Enfermedad actual. — Hace un año y medio hematuria total con coágulos que ha venido repitiéndose intermitentemente cada 15 días hasta la fecha. Últimamente sus hematurias se hacen más abundantes, tiene disuria y disminución de la fuerza de proyección del chorro urinario. Polaquiuria diurna y nocturna (4 a 5 micciones por la noche y cada media hora durante el día). Sus orinas son turbias con colgajos mucosos.

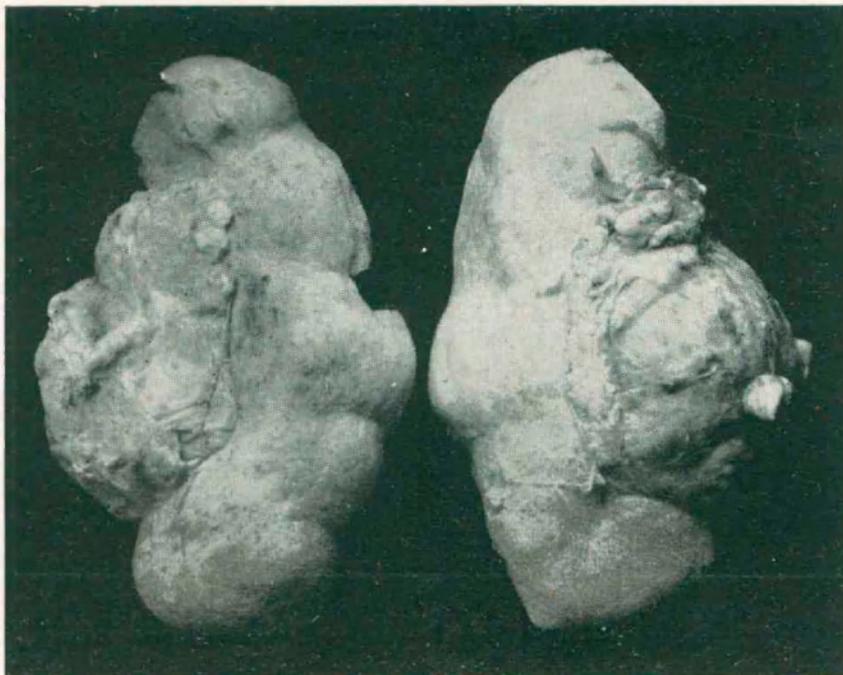


Fig. 15. — Observación N° 5. Fotografía de la cara externa del Riñón. Riñón de tipo pionefrótico.

Estado actual. — Enfermo bien constituido, con regular panículo adiposo. Piel y mucosa rosadas. Reflejos conservados. Aparato circulatorio: pulso regular, 72 al minuto, tonos normales. Presión arterial Mx. 15. Abdomen globuloso, poco depresible, indoloro. El hígado se palpa a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Riñones no se palpan.

Uretra permeable: residuo vesical de 120 c.c. Próstata normal. Se intenta una cistoscopia, pero como la vejiga sangra, no es posible aclarar el medio. Salen con el lavaje pequeños trozos de tejido tumoral. Cistografía: imagen de falta de relleno sobre el reborde lateral izquierdo. Urograma por excreción: cavidades renales del lado derecho de aspecto y conformación normal. Del lado izquierdo no hay eliminación del líquido de contraste.

Exámenes de laboratorio: orina: albúmina: vestigios pronunciados. Glucosa: 2.5 gr. por mil. Sedimento: regular cantidad de sangre y glóbulos de pus.

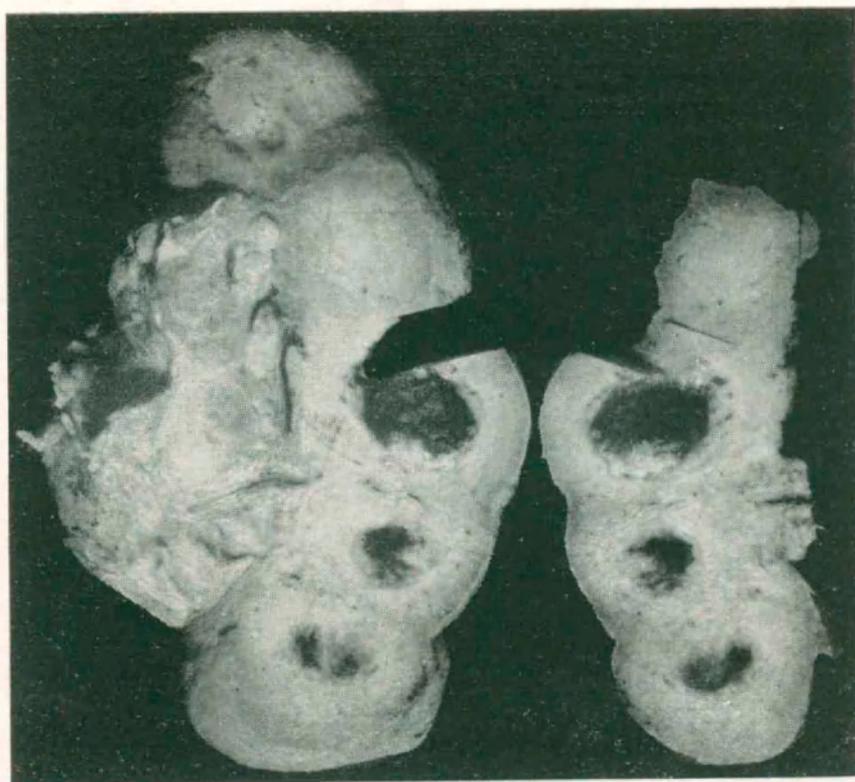


Fig. 16. — Observación N° 5. Corte sagital del riñón que pone de manifiesto a nivel de un cáliz medio una tumoración de tipo papilar.

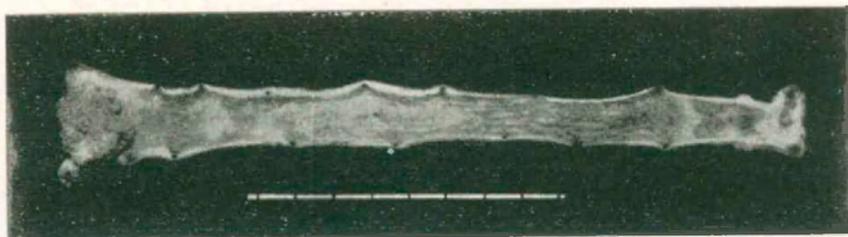


Fig. 17. — Observación N° 5. Fotografía del uréter abierto longitudinalmente. En su extremo inferior hay un nódulo de aspecto papilar.

Sangre: sangría 2.5. Coagulación en tubo 11 minutos. Hemoglobina 90 por ciento. Glóbulos rojos: 4.400.000. Glóbulos blancos 10.100. Urea en suero: 0.67 por mil.

Con el diagnóstico de tumor de vejiga se decide la intervención.

Operación. — 21 de septiembre de 1939. Cirujano. Dr. Ercole; Ayudante. Dr. Fort.

Anestesia raquídea 0.12 gr. Incisión mediana supra-pubiana. Se practica una talla bien amplia de su vejiga y se constata que en cara lateral izquierda y región del trigono del mismo lado existe una serie de tumores papilares. Con electrobisturí se lo secciona en sus bases, practicando posteriormente una electrocoagulación de toda la superficie de implantación, que no está infiltrada. Sonda de Pezzer. Cierre parcial de la vejiga; una gasa en el espacio prevesical. Puntos separados de catgut crómico en la aponeurosis; lino a la piel.

Post - operatorio. — Evolucionaba sin temperatura. Orinas hematóricas los primeros días. Buena capacidad vesical. A los 17 días de la intervención se intenta hacer una cistoscopia que no es posible realizar por la cantidad de sangre que da la vejiga al distenderse. El enfermo es dado de alta en observación con su drenaje hipogástrico.

Examen histopatológico de los tumores de vejiga (efectuados por el Prof. Cid). — El tumor de vejiga está constituido por un papiloma típico de gruesas papilas con una base de implantación neta.

18 de octubre de 1939: el enfermo reingresa al instituto. El estado general se ha repuesto por completo. Sus orinas, aunque turbias no son hematóricas.

Cistoscopia: capacidad 150 c.c. Próximo al orificio ureteral izquierdo se observa la recidiva de un tumor de aspecto papilar que se calcula del volumen de una avellana y próximos al mismo otros más pequeños.

Se resuelve reintervenir el enfermo para tratar su recidiva.

Operación. — 21 de octubre de 1939. Anestesia raquídea 0.10 gr. de novocaina. Incisión losángica comprendiendo la fístula hipogástrica. Se amplía hacia abajo la apertura de la vejiga, colocándose un separador de Harris. Se constata que el aspecto de la mucosa vesical ha mejorado apreciablemente, existiendo tan sólo un tumor papilar del diámetro de una moneda de 20 ctvs. en las proximidades del orificio ureteral izquierdo y varios brotes pequeños, del tamaño de un grano de maíz, diseminados en cara lateral izquierda. Con radio-bisturí se le electrocoagulan todas estas lesiones. Sonda de Pezzer: cierre parcial de la vejiga y de la pared.

Post - operatorio. — El enfermo continúa con orinas turbias, a veces sanguinolentas. En algunas oportunidades tiene escalofríos acompañados de temperatura elevada que se interpreta como relacionado con su pielonefritis del lado izquierdo. Una cistografía revela un reflujo vésico-ureteral del lado izquierdo. El enfermo es dado de alta al mes de la intervención con su drenaje hipogástrico debiendo continuar bajo nuestra observación.

29 de abril de 1940. El enfermo está en muy buenas condiciones generales. Sus orinas se mantienen turbias. Su capacidad vesical es de 150 c.c. Se efectúa una cistoscopia que revela una mucosa de buen aspecto, no constatándose signos de recidiva del tumor.

En estas condiciones se decide el cierre de su vejiga colocándose una sonda a permanencia. La vejiga cierra rápidamente.

El enfermo es dado de alta provisionalmente, pues debe reingresar con el objeto de intentar un cateterismo ureteral y resolver el problema de su riñón izquierdo que hasta ahora ha sido dejado de lado para encarar el tratamiento de su lesión vesical.

9 de octubre de 1940. El enfermo reingresa al instituto. Su estado general se mantiene conservado, pero sus orinas continúan francamente piúricas.

Cistoscopia: capacidad 180 c.c. Mucosa vesical muy discretamente congestiva. No hay signos de recidiva del tumor. Se intenta un cateterismo de uréteres del lado izquierdo, pero la zona correspondiente a la implantación del orificio es de tipo cicatricial, no siendo posible visualizarlo. Esta exploración se intenta dos veces más con el mismo resultado.

Un urograma por excreción dibuja las cavidades renales del lado derecho discretamente dilatadas. Del lado izquierdo no hay eliminación del líquido de contraste.

En estas condiciones se resuelve la intervención.

Operación. — 23 de octubre de 1940. Cirujano. Dr. Ercole; Ayudante, Dr. Fort.

Anestesia general con ciclopropane. Incisión lumbar amplia con resección de la XIIª costilla y sección parcial del oblicuo mayor y menor. Riñón lobulado, de tipo pionefrótico, con intenso proceso de perinefritis esclero-lipomatosa que obliga a hacer una nefrectomía subcapsular. Se ligan dos vasos polares. Ligadura aislada de los elementos del pedículo y del uréter. Dos gasas y un tubo de drenaje. Reconstrucción de la pared con catgut crónico; lino a la piel.

Post - operatorio. — Sin particularidades. Buena cicatriz operatoria. El enfermo se repone rápidamente de su intervención.

Como el examen de la pieza (ver más adelante) revela la existencia de un pequeño papiloma a nivel de un cáliz, se decide la ureterectomía total.

Operación. — 20 de noviembre de 1940. Anestesia raquídea, con 0.12 gr. novocaina. Incisión oblicua de Albarrán. Se decola ampliamente el peritoneo y se aborda el uréter que está engrosado y muy adherido a los planos vecinos. Se lo libera en su totalidad y llegado a la pared vesical se hace una incisión losángica sobre la misma para poder extirpar inclusive, la porción intramural del uréter. Recién una vez seccionada la vejiga es posible constatar que justamente en la porción intramural existe una tumoración de tipo papilar. Puntos separados de catgut a la vejiga. Un tubo y una gasa de drenaje a dicho nivel y otra gasa de drenaje en la región lumbar. Sutura de los músculos en dos planos con catgut crómico. Lino a la piel.

Post - operatorio. — El enfermo está todavía internado. Como en las intervenciones anteriores, su post-operatorio ha sido excelente.

Tiene colocada una sonda uretral a permanencia, y todavía se mantiene su drenaje operatorio.

Examen de la pieza operatoria (que debemos a la gentileza del Prof. Cid). Riñón aumentado de tamaño, de superficie irregular, abollonado. El diámetro transversal está agrandado en base a una dilatación de la pelvis. Al corte se

constata una acentuada dilatación de la pelvis. El parénquima renal está evidentemente disminuido en su espesor, y muy alterado en su aspecto por ser asiento de un proceso inflamatorio intenso. Presenta una coloración blanquecina y pequeños focos más oscuros que corresponden aparentemente a un proceso inflamatorio en actividad. En este primer corte no se observa ninguna lesión tumoral, sin embargo al hacer un nuevo corte más anterior, se constata en la porción media del parénquima la existencia de un cáliz discretamente dilatado ocupado al parecer por una tumoración de tipo papilar. Este cáliz está en comunicación con la pelvis.

Abierto el uréter se constata que la mucosa está roja, congestiva. Macroscópicamente no es posible poner en evidencia signos de recidiva del tumor, salvo en su extremo más inferior, en lo que corresponde a la porción intramural donde existe una tumoración del tamaño de una avellana, evidentemente de tipo papilar y en la que no es posible establecer signos de infiltración en su base.

Examen histopatológico. — El parénquima renal es casi irreconocible por ser asiento de un proceso inflamatorio intenso. Este es de tipo crónico y está constituido por gran cantidad de elementos linfoplasmocitarios que forman acúmulos de extensión variada, especialmente alrededor de los vasos. Alguno de estos cúmulos está constituido por folículos linfoides poseedores de un centro germinativo bien desarrollado.

La pared del cáliz presenta una extensa ulceración, encontrándose a este nivel, al examen microscópico, un tejido de granulación exuberante. En pleno parénquima se observa asimismo un nódulo redondeado, de 1 cm. de diámetro, de aspecto blanquecino con zonas de alteraciones secundarias. El examen microscópico revela que se trata de un papiloma de vías excretoras, de robustas papilas, con algún polimorfismo nuclear.

Obs. N° 6. — Corresponde a la observación publicada aparte en colaboración con el Dr. Cid, con el título: "Leucoplasia y epiteloma epidermoideo de la pelvis renal".

CLASIFICACION

Diversas son las clasificaciones de los tumores de la pelvis renal (excluidos los de origen mesenquimatoso por su rareza) propuesta por los distintos autores que se han ocupado de este tema. Cabe recordar entre otras las de Albarrán e Imbert, Ewing, Meltzer, Swift Joly, etc., pero si las analizamos en detalle, vemos que ellas se diferencian más en la forma que en el fondo. Todas coinciden en dividir estos tumores en dos grupos: tumores papilares y tumores no papilares, incluyéndose dentro de los primeros el papiloma y el epiteloma papilar y dentro de los segundos el epiteloma epidermoí-

deo, el epiteloma pavimentoso córneo y el epiteloma a células de transición. Es ésta una verdadera clasificación anatomo-clínica, pues por una parte se establece la naturaleza histológica del tumor y por la otra, al dividirlos en papilares y no papilares, se los destaca en dos grupos totalmente distintos, por lo que se refiere a su evolución clínica. Mientras los tumores de tipo papilar se caracterizan por la frecuencia de sus injertos secundarios en el uréter y la vejiga, por la rareza de sus metástasis a distancia y porque dan en un elevadísimo porcentaje de casos hematurias persistentes y a repetición, los tumores no papilares se destacan por su elevado grado de malignidad, por la frecuencia de las metástasis linfáticas o sanguíneas y finalmente porque en ellos la hematuria no es un síntoma tan frecuente y de tanta intensidad como en los primeros.

Por lo que se refiere a su frecuencia relativa, nos parece ilustrativo reproducir la estadística de Swift Joly en que sobre 337 casos establece que 120 son papilomas benignos, 138 epitelomas papilares, vale decir en total 258 tumores, mientras que tan sólo 79 pertenecen al grupo de los tumores no papilares (20 carcinomas a células de transición y 50 carcinomas pavimentosos córneos). De nuestras 6 observaciones, 3 son papilares y las 3 no papilares (2 epitelomas epidermoideos y un epiteloma pavimentoso córneo).

CARACTERES CLINICOS

Es tan distinta la evolución clínica, el pronóstico e inclusive el tratamiento de cada uno de ambos grupos de tumores, que realmente es difícil encarar su estudio en conjunto y es por ello que nos parece interesante destacar por separado, al menos sus características fundamentales.

Los tumores papilares constituyen para nosotros el ejemplo más típico de lo que representa la patología de sistema en clínica génitourinaria. Si bien es cierto que su localización primitiva es en la pelvis renal, es necesario aceptar, cualquiera sea el grado de evolución del tumor, que hecho el diagnóstico de esta localización, estamos ya frente a un proceso del sistema, pues debemos ya considerar como afectos al uréter correspondiente y a la vejiga. Y es así como de muchos casos, el tumor localizado primitivamente en la pelvis renal se exterioriza clínicamente por los síntomas de un tumor de

vejiga, vale decir, por el injerto tumoral en la vejiga. Las observaciones N° 2 y 3 son el ejemplo más típico de esta última eventualidad.

Los tumores papilares de la pelvis se caracterizan porque dan precozmente injertos en el uréter y en la vejiga, que reproducen por lo general el tumor primitivo, aunque se da el caso de que un papiloma benigno origine un injerto con el carácter de un epiteloma papilar, como en la observación de Michon referida por Paris. Es interesante destacar que estos injertos se observan con frecuencia después de extirpado el tumor primitivo, de lo cual damos un ejemplo típico en nuestra observación N° 3. Estas recidivas del tumor adoptan a veces, como en el caso ya mencionado, el carácter de una papilomatosis difusa en todo el uréter y en otros se caracteriza por uno o más papilomas, cuyo asiento preferente es en el tercio inferior del uréter y con más predilección en la porción intramural, unas veces como en la obs. N° 4 en plena luz ureteral y otras formando un rodete en la vejiga a nivel del meato ureteral (Obs. N° 3). Finalmente los injertos en vejiga se caracterizan desde los tumores solitarios hasta el tipo de papilomatosis difusa.

Cuando el epiteloma papilar toma un carácter infiltrante, invade al riñón o da metástasis a distancia, de las cuales merecen destacarse las de suprarrenales, peritoneo, hígado, pulmón, hueso y ganglio.

Los tumores no papilares, cualquiera que sea su naturaleza histopatológica, tienen un alto grado de malignidad. Ellos no dan como los anteriores injertos en el uréter, al que sólo invaden por contigüidad o por vía linfática. En cambio, invaden precozmente al riñón y dan también precozmente metástasis en los ganglios linfáticos tributarios del riñón en los menos y a distancia en los más, de las cuales cabe mencionar por su importancia las metástasis óseas.

Es interesante destacar que mientras en los tumores papilares no es posible revelar ningún factor etiológico de importancia, en los tumores de tipo no papilar se ha demostrado la frecuencia con que ellos se asocian a una infección o a una litiasis, al punto que se quiere ver en ello un factor etiológico importante, sobre todo para el epiteloma pavimentoso córneo, hecho destacado por Rafin, Nico-

lich, Albarrán e Imbert, Swift Joly, Franceschi, etc. Ya veremos en nuestro trabajo sobre leucoplasia de la pelvis renal el rol que en ella juegan los agentes irritativos crónicos como la infección y la litiasis, y cómo es ésta una lesión cancerizable, a la cual se han podido atribuir en forma indiscutible algunas observaciones de epiteloma pavimentoso córneo como las de Kischinsky, Spiess, Achner, Thomson-Walker, Patch, Potts y Sannazzari.

El síntoma más importante de los tumores de la pelvis renal es la hematuria, sobre todo en los casos de tumores papilares en que a veces su abundancia y repetición llevan a una anemia grave. Según Meltzer, la hematuria se observaría en el 70 por ciento de los casos de tumores papilares y en el 50 por ciento de los no papilares. La hematuria a veces es referida con muchos años de anterioridad al momento de la consulta, como en la observación de Godard y Gautier de 15 años.

El tumor es una síntoma mucho más inconstante: Albarrán lo encuentra 8 veces sobre 25 casos y Paris 5 veces en 37 observaciones de tumores papilares. En general el tumor palpable depende más de una hidro o hematonefrosis que del crecimiento del propio tumor. Finalmente el tercer síntoma de los tumores del riñón, el dolor, tampoco es constante. El depende a veces del pasaje de coágulos, adoptando en estos casos el tipo de cólico renal y en otras ocasiones se caracteriza por un dolor persistente en relación con la distensión del riñón por la hidronefrosis o por el crecimiento del tumor que infiltra el parénquima.

El elemento fundamental para el diagnóstico está dado por la pielografía. Es natural que tratándose en estos casos de establecer las alteraciones morfológicas del pielograma, debe aceptarse que brindan mejores elementos de juicio la pielografía por relleno o la ureteropielografía retrógrada que el urograma por excreción. Consideramos sin embargo que en los casos de funcionalismo renal todavía conservado o en aquellos de imposibilidad de exploración endoscópica, el urograma por excreción da elementos de juicio muy interesantes, al par que al visualizar el riñón sano nos brinda un elemento comparativo de incalculable valor para interpretar una imagen patológica. En los tumores que estudiamos la imagen pielográfica fundamental es la de falta de relleno que puede variar desde

la falta completa de visualización de las cavidades renales hasta las pequeñas imágenes de falta de relleno de cáliz o a tipo lacunar en la pelvis. Legueu insiste sobre el aspecto nevoso del pielograma en el que aparecen una serie de espacios alternativamente claros y oscuros y a lo que da gran valor diagnóstico en los tumores vellosos de la pelvis. El diagnóstico diferencial con los tumores del parénquima es a veces muy difícil, sobre todo cuando estos últimos originan brotes neoplásicos en la pelvis. Nos parece que un elemento de juicio importante está dado porque en los tumores del parénquima la falta de relleno se acompaña de deformaciones acentuadas en la morfología de la pelvis, cosa que no se observa en los tumores que estudiamos.

La exploración endoscópica tiene su importancia en el caso de tumores papilares con injertos neoplásicos en la vejiga o en la porción intramural del uréter. La constatación de un pólipo vesical debe hacer pensar siempre en la posibilidad de un tumor primitivo de la pelvis, y más si él asienta en las proximidades del orificio ureteral. Es por ello que esta constatación debe ir siempre acompañada con un examen radiográfico del árbol urinario superior, para descartar justamente dicha posibilidad. El signo de Albarrán que consiste en provocar una hemorragia abundante distendiendo la pelvis, previo cateterismo de uréteres, es un signo inconstante y no patognomónico, que creemos tiene tan sólo un valor histórico frente a los elementos de juicio tan importantes que brinda la exploración radiográfica. Diremos para terminar, que en ciertas circunstancias es posible por el estudio del sedimento urinario, establecer la naturaleza histopatológica del tumor al encontrar los elementos epiteliales del mismo.

TRATAMIENTO

Hecho el diagnóstico de tumor primitivo de la pelvis renal no queda más que una sola conducta terapéutica a considerar y ella es la intervención quirúrgica. En este sentido el criterio variará según se trate o no de un tumor papilar.

Desde que Albarrán en el año 1909 estableció frente a un tumor papilar de la pelvis renal la necesidad de efectuar, además

de la nefrectomía, la ureterectomía total, el criterio de los especialistas se ha mantenido en este sentido sin variaciones.

Sin embargo, llama la atención de que en muchas observaciones publicadas el cirujano se haya limitado exclusivamente a extirpar el riñón. Ello se explica en el hecho que tratándose de una afección poco frecuente, el cirujano, que se encuentra por primera vez frente a este proceso, se resiste a veces ante lesiones tan pequeñas, a indicar una segunda intervención para extirpar un uréter aparentemente sano. Recién cuando la experiencia a posteriori de su observación, al poner de manifiesto la recidiva in situ, le revela el error que ha cometido, ya no dudará frente a otro caso, a indicar la nefroureterectomía total. Nuestras observaciones N° 3 y 5 son el ejemplo más típico de la importancia extraordinaria que tiene la ureterectomía total en estos casos. Es necesario ser terminante y frente a un tumor papilar de la pelvis renal aceptar que la única terapéutica que cabe es la nefroureterectomía total. Hay que tener además en cuenta que el enfermo puede hacer recidivas en su vejiga y debe por ello ser vigilado con exámenes endoscópicos periódicos.

Por lo que se refiere a la técnica operatoria, dos son los caminos que tiene el cirujano a seguir. Uno es hacer la nefroureterectomía en un tiempo y el otro es hacer dos intervenciones con un intervalo prudencial: primero la nefrectomía y posteriormente la ureterectomía total.

En este sentido somos terminantes en aconsejar la operación en dos tiempos. La nefroureterectomía en un tiempo es una operación grave, con elevado porcentaje de mortalidad (22 por ciento de acuerdo con Van den Brenden) lo que se explica por exigir una gran incisión que va desde el ángulo costo-muscular hasta el pubis con gran decolamiento de tejidos y shock operatorio. No vemos en contrario inconveniente en hacer una operación en dos tiempos efectuando primero la nefrectomía con extirpación del tercio superior del uréter y dejando para una segunda intervención, una vez que el enfermo se ha repuesto de la primera, la resección del uréter en su tercio medio e inferior incluyendo, y esto es muy importante como dice Hunt, la porción intramural. Inclusive ello permite abordar el uréter con una incisión mediana como lo hemos hecho en nuestra observación N° 3, incisión que tiene la ventaja sobre la oblicua clá-

sica, de que permite un más fácil acceso al uréter inferior, la parte más importante de la intervención. Tal ha sido nuestra conducta en los 3 casos en que efectuamos la ureterectomía y los buenos resultados operatorios obtenidos nos mueven a insistir particularmente sobre el tema. Además la operación en dos tiempos tiene la ventaja en algunos casos de diagnóstico dudoso, de que es posible estudiar detenidamente la pieza operatoria antes de plantearse la operación sobre el uréter.

En los tumores no papilares la ureterectomía total no se impone como operación sistemática y solamente deberá reservarse para aquellos casos en que se demuestre una propagación directa del tumor al uréter. En cambio en ciertos casos podrá complementarse la operación con el agregado de radioterapia profiláctica o curativa sobre los ganglios lumboaórticos.

BIBLIOGRAFIA

- Bowen y Bennet.* — Squamous cell carcinoma of the kidney pelvis. *J. of Urology*, 1930, XXIV, 495.
- Castaño.* — Papiloma primitivo del uréter. *Revista Argentina de Urología*, 1934, pág. 66.
- Castaño, Surra Canard y Jaravlosky.* — Tumor de la pelvis renal. *Revista Argentina de Urología*, 1938, pág. 25.
- Caulk J. R.* — Tumors of the renal pelvis and ureter. *Ann. Surg.* T. 106, 1937, pág. 68.
- Dante y Trabucco.* — Tumor de extremidad inferior de uréter. *Revista Argentina de Urología*, 1937, pág. 18.
- Darnall W. E.* — Malignant papilloma of the kidney. *Surg. Gynec. & Obstetrics*, XXXV, 1922, pág. 493.
- Ewing.* — Neoplastic diseases.
- Franceschi E.* — Contributo alla patologia ed alla clinica del cancro a cellule piatte primitivo della pelvi renale. *Arch. Ital. di Urol.* T. XII, 1935, página 30.
- García y Monserrat.* — Tumor papilar del riñón. *Revista Argentina de Urología*, 1933, pág. 274.
- Gasparian A. M.* — Tumeurs du bassinet. *Journ. d'Urologie*, T. 43, 1937, página 130.
- Giordano y Bumpus.* — Carcinoma in the ureteropelvis juncture metastatic from the prostate. *Journ. of Urology*, VIII, 1922, pág. 445.

- Hadfield G.* — Malignant papilloma of renal pelvis associated with calculus. Brit. Journ. of Surg., XI, 1924, pág. 583.
- Higgins C. C.* — Squamous cell carcinoma of the kidney pelvis. Tr. Am. A. Genito - Urin. Surgeons, T. 30, 1937, pág. 13.
- Karacson A. V.* — Ueber die primären, epithelialen Geschwülste des Nierenbedens und des Harnleiters, auf Grund von 2 Fällen Ztschr. f. Urol. Chir., 40, 1934, pág. 205.
- Keynes G.* — Squamous celled carcinoma of the renal calix. Brit. Journ. of Surg., XII, 1924, pág. 224.
- Kimball F. N. y Ferris H. W.* — Papillomatous tumor of the pelvis associated with similar tumors of the ureter and bladder. Journ. of Urology, XXXI, 1934, pág. 257.
- Laffitte y Saint - Paul.* — Un cas d'épithélioma papillaire du bassinnet. Journ. d'Urologie, XXXIII, 1932, pág. 61.
- Lagleyze, Montenegro y Quintana.* — Epitelioma papilar mucoso de pelvis. Rev. Especialidades, II, 1927, pág. 10+9.
- MacKenzie D. W. y Ratner M.* — Tumors of the renal pelvis. The J. of Urol., XXVIII, 1932, pág. 404.
- Marinesco G.* — Hydronephrose et papillomes du bassinnet. Journal d'Urologie, XXXI, 1931, pág. 582.
- Meltzer M.* — Papillary carcinoma of the renal pelvis. Journal of Urology, T. XVI, 1926, pág. 335.
- Miller y Herbst.* — Journ of Am. Med. Assoc., LXXVI, 1921.
- Negro M.* — Contributo allo estudio anatomo-patologico dei tumori papillari del bacinetto. Arch. Ital. di Urologia, VI, 1930, pág. 269.
- Nichols B. H.* — Squamous - Cell carcinoma of the kidney. Radiology, XXV, 1935, pág. 152.
- Paris P.* — Les polypes du bassinnet. Evolution et traitement. Journal d'Urologie, T. XXIX, 1930, pág. 5.
- Pascual S.* — Los tumores de la pelvis renal. V Congreso de la Soc. Internacional de Urología, 1933. Journal d'Urologie, XXXVI, 1933, pág. 391.
- Patch F. S.* — Tumors of the renal pelvis and ureter (en discusión con Caulk). Tr. Am. A. Genito - Urin. Surgeons, XXX, 1937, pág. 71.
- Perriere M.* — Carcinome du bassinnette dans reins en ferr a cheval. Journ. Belge d'Urol., V, 1936.
- Potts W. J.* — Squamous cell carcinoma of the renal pelvis associated with stone and leukoplakia. Archives of Surgery, XXV, 1932, pág. 458.
- Price y Jacobs.* — Renal calculi with squamous carcinoma in a hydronephrotic kidney. Journ. Brit. of Surg., XIII, 1931, pág. 590.
- Priestley J.* — Non - papillary squamous cell epithelioma of the renal pelvi. The Journ. of Urol., XXXVII, 1937, pág. 674.
- Rabinovitch J.* — Squamous cell carcinoma of the kidney. Arch. of Surgery, XXIV, 1932, pág. 581.

- Salleras J. — Adenoma quístico de papila renal izquierda. Hematuria izquierda prolongada. Nefrectomía. Curación. Rev. Especialidades. III. 1928. pág. 719.
- Salleras J. — Tumor del cáliz superior del riñón izquierdo. Diagnóstico pielográfico. Revista Argentina de Urología. IV. 1935. pág. 252.
- Salleras y Falsia. — Tumor de pelvis renal izquierdo. Diagnóstico pielográfico. Nefrectomía. Curación. Revista de Especialidades. IV. 1929. pág. 161.
- Serantes, Monserrat y García. — Epitelioma de pelvis renal con voluminosa hematonefrosis. Revista Argentina de Urología. 1933. pág. 302.
- Simpson G. — Carcinoma of the kidney. Brit. Journ. of Surg., XXI. 1934. página 388.
- Swift Joly J. — Los tumores de la pelvis renal. V Congreso de la Soc. Internacional de Urología. 1933. Journal d'Urologie. 1933. XXXVI. pág. 395.
- Taylor N. — Papillary epithelioma of the renal pelvis. Report of three cases. Journal of Urology. XXXIII. 1935. pág. 531.
- Thomas y Regnier. — Tumor of the kidney pelvis and ureter. Journ. of Urol., 8. XI. 1924. pág. 205.
- Van den Branden. — Los tumores de la pelvis renal. V Congreso de la Soc. Internac. de Urología. 1933. Journal d'Urologie. XXXVI. 1933. pág. 391.
- Vilar, Arrues y Bianchi. — Papiloma de la pelvis renal. Rev. Argentina de Urología. 1939. pág. 487.
- Von Lichtenberg y Salleras. — Resección parcial de vejiga y total del uréter por papilomatosis en un nefrectomizado hace cerca de 4 años por igual proceso. Revista Argentina de Urología. 1934. pág. 392.
- Waterworth S. J. — Giant renal calculus. Carcinoma of the kidney pelvis. Report of a case. Journal of Urology. 1932. XXVIII. pág. 77.
- Willam R. J. — Giant renal calculus with epithelioma in a horseshoe kidney. Brit. Journal of Surgery. XVI. 1929. pág. 317.

DISCUSION

DR. MONSERRAT. — *La comunicación del Dr. Ercole nos presenta el problema de los tumores de la pelvis renal, de una forma completa y me ocuparé de un punto que es interesante, porque implica concepto de pronóstico. Me refiero a la tercera y quinta observación de tumor papilar. Quiero saber si al emplear la palabra "tumor papilar", el Dr. Ercole se refiere a un tumor maligno.*

DR. ERCOLE. — *Papiloma benigno. Los tres casos han sido de tumores papilares benignos.*

DR. MONSERRAT. — *El diagnóstico patológico de los tumores se basa en el carácter histológico que divide a los tumores en benignos.*

nos y malignos. Ese carácter está bien en un 90 por ciento de los casos, pero nos deja un margen de error. La malignidad de los tumores está dada por las características histológicas, pero principalmente, por sus características biológicas. Un tumor que es capaz de dar metástasis, debe considerarse como maligno, aunque tenga caracteres de benignidad absoluta.

Con ese criterio biológico de la malignidad que es lo fundamental para la clasificación de los tumores, la tercera clasificación sería de un epiteloma papilar de la pelvis renal, puesto que nos da injertos en el uréter y en la vejiga y la quinta observación entraría también en esa categoría. Eso nos plantea a los urólogos siempre dificultades de diagnóstico, porque vemos que estos tumores con una estructura histológica benigna, se reproducen y dan injertos lo que nos hace ser prudentes en el diagnóstico de tumor benigno.

Por lo tanto, en este concepto biológico de la malignidad de los tumores, la tercera y quinta observación serían tumores epiteliales benignos.

DR. MOSQUEIRA. — Hay que distinguir entre "metástasis" y "siembra". Son dos cosas distintas que alejan el concepto de tumor maligno. Un papiloma benigno es una cosa que puede sembrarse y no da metástasis y sin embargo, es benigno.

DR. MONSERRAT. — Desde el punto de vista de la anatomía patológica, se llama metástasis lo que se disemina por vía linfática o sanguínea. El papiloma venéreo no es un blastoma, sino sencillamente, un tumor hiperplásico que no tiene nada que ver con un cáncer, que es una cosa distinta. Nosotros hablamos de injertos canaliculares, que sólo los hacen un tumor biológicamente maligno. Jamás un tumor benigno hace metástasis o injertos.

DR. MOSQUEIRA. — La metástasis, puesto que se dirige a la pelvis y a la vejiga debe hacerse siguiendo el trayecto de la orina. De manera que es una siembra más que una metástasis. El Dr. Ercole dijo que consideraba primitivo el tumor de la vejiga y no del uréter, porque consideraba que la siembra iba de arriba para abajo. Más que una metástasis es una siembra. El concepto malignidad está un poco en discusión.

DR. ERCOLE. — Creo que en cierta medida el Dr. Mosqueira tiene razón. Estos tumores aparente o histológicamente benignos, se puede considerar como tumores con cierto grado de malignidad por el hecho de dar injertos tumorales en el resto del aparato urinario. Pero creo que del punto de vista histopatológico, no se puede decir epiteloma, porque no tiene las características histopatológicas que el Dr. Monserrat conoce mejor que yo, de los epitelomas, sino que del punto de vista histopatológico tiene que decirse papiloma y no epiteloma papilar.

El clínico, sabe, y lamento no haber podido leer toda la comunicación, que estos tumores tienen un cierto grado de malignidad porque dan con frecuencia recidivas locales en el uréter y en la vejiga a tal punto que a estos enfermos hay que seguirlos, a veces, durante mucho tiempo.

De manera que estoy de acuerdo con lo que dice el Dr. Mosqueira de que hay que considerarlo desde el punto de vista histopatológico como un tumor benigno. Ahora, que el clínico considere que puede estar frente a un proceso grave como sucede también con otros tumores benignos, que por su localización, son graves, esa es otra cosa. Pero a mí me parece que esto debe ser considerado no como un epiteloma papilar, sino como un papiloma. Yo sé muy bien que si hacemos cortes a veces nos encontramos con que en algún punto ya hay signos de eliminación. Eso lo dejamos librado al histopatólogo, en el estudio minucioso que pueda hacer.

DR. MONSERRAT. — Quiero sentar lo siguiente: Un histopatólogo debe consultar un tumor maligno o benigno con todos los medios que tenga a su alcance. Será la citología, será la evolución, pero el criterio no debe circunscribirse para hacer el diagnóstico, en el sentido en que lo manifiesta el Dr. Ercole.

Entiendo que el anátomopatológico —no digo histopatólogo— o mejor dicho, el patólogo, debe hacer diagnóstico de malignidad o benignidad de una tumoración con un conjunto de caracteres y cuando en anatomía patológica lo hacemos, lo hacemos fundándonos en el carácter biológico del tumor. La citología nos resuelve el problema muchas veces, pero no siempre. A este tumor que por su citología podríamos llamar papiloma, por su comportamiento

es un epiteloma papilar. No lo podríamos llamar papiloma, porque nos daría la idea de tumor benigno.

DR. ERCOLE. — Creo que del punto de vista histopatológico, estos tumores no se podrían considerar como un epiteloma papilar, porque no tienen las características histopatológicas del epiteloma papilar. Pero para ponernos de acuerdo con el Dr. Monserrat diré que es un papiloma maligno por su evolución clínica.
